团体医疗索赔申请书（含资料调阅授权书）

CA033

NCI 新华保险

信息栏：（请务必认真填写下表内容并仔细阅读黑体字及背面权益提示）　　赔案号：

投保单位名称			
保险合同号码		投保单位联系人姓名	
投保单位地址		投保单位联系人联系方式	

申请人信息						
姓名		性别		与被保险人关系	□本人 □配偶 □父母 □子女 □其他 _____	
证件类型	□身份证 □其他 _____			证件号码		
证件有效期限	年 月 日 □长期			国籍	职业	
联系方式	移动电话			固定电话	电子邮箱	
联系地址					与投保人关系	
开户银行		户名		银行账号		
申请理赔类型：□门急诊医疗费用 □住院医疗费用 □住院津贴 □女工生育费用 □其他 _____						

被保险人信息						
提示：如申请人与被保险人为同一人，以下重复信息可免填写						
姓名		性别		证件类型	□身份证 □其他 _____	与投保人关系
联系地址				证件号码		
证件有效期限	年 月 日 □长期			国籍	职业	
联系方式	移动电话			固定电话	电子邮箱	

事故经过					
序号	就诊日期	事故地点/医院	发票原件数（张）	医疗费用（元）	其它
1	年 月 日				
2	年 月 日				
3	年 月 日				
4	年 月 日				
5	年 月 日				
6	年 月 日				
7	年 月 日				
8	年 月 日				
发票原件数合计：			医疗费用合计：		

声明与授权：（申请人请务必认真阅读，以便充分理解本“声明与授权”内容）

1、本人声明所提交的全部证明文件材料均属实，本申请书上填写内容真实详尽；

2、本人同意并授权新华人寿保险股份有限公司以本人名义向医疗机构、公安部门、其他组织机构、社会团体、企事业单位及个人索取、查询、调阅、摘抄、复印/制所有理赔相关材料，本授权书之影印件、传真件、扫描件和原件具有同等效力，本人愿承担由此产生的一切法律后果；

3、因本人过错导致银行转账不成功、未及时或未全额收取理赔款项的，贵公司不承担责任。

申请人签字：_____　　日期：_____

受理人签字：_____　　日期：　　年　　月　　日